Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia VI anno
Seminari di Integrazione tra figure professionali
Prof.ssa Luisa Saiani

Decisioni interprofessionali su scelte assistenziali

Anna Brugnolli & Anita Bevilacqua

30 marzo 2016

Quesiti sui quali frequentemente professione infermieristica e medica si confrontano

- *Quali decisioni rispetto al posizionare o meno un catetere vescicale? Quando è .. o meglio ... NON è necessario il catetere vescicale? E' sempre necessario e motivato?*
- *Quali aspetti critici vanno affrontati per garantire la nutrizione enterale sicura a domicilio?*
- *Quali decisioni per la prevenzione e trattamento dell'ulcera da pressione? Quali approcci terapeutici sono suggeriti dalle evidenze?*
- *Come riconciliare la terapia per rientro a domicilio in una paziente con nutrizione enterale tramite PEG da circa 1 anno dopo peggioramento della disfagia? Come gestire la somministrazione di farmaci in persone con Nutrizione Enterale?*

	Linee guida	
Centers for Disease Control and Prevention CDC Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)	Guideline for prevention Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI) **Update e estensione long term-care**	1981 2009
SHEA/ IDSA Society for Healthcare Epidemiology of America/ Infectious Diseases Society of America (IDSA) Practice recommendation	Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in **Acute Care Hospit**als	2008
EAUN European Association of Urology Nurses	Catheterisation: indwelling catheters in adults: urethral and suprapubic.	2012
SHEA/ IDSA Society for Healthcare Epidemiology of America / Infectious Diseases Society of America (IDSA) Practice recommendation	Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in **Acute Care Hospitals**	2014 Update

Background: Impatto delle CAUTI

L'infezione delle Vie urinarie

più "comune" delle infezioni associate all'assistenza
> 30% delle infezioni nosocomiali

↳ 63 – 74 % di sono correlate a catetere (Bouza et al 2001; Bjerklund et al 2007)

Incremento morbidità e mortalità

Morbidità limitata per singolo evento di cateterizzazione, aumenta con alta frequenza di catterizzazione

Stima di 13,000 morti/ anno attribuibili a …

Aumento della degenza –2-4 giorni

Uso non necessario di antimicrobici

Questioni e quesiti di confronto nel team?

- **Quando è …*o meglio* … non è necessario il catetere vescicale?**

Ad esempio:

- mettere il CV per controllare la diuresi?
- In fase acuta di ICTUS, scompenso cardiaco,… è necessario?
- Nel perioperatorio?
- A supporto dell’assistenza?

Questioni e quesiti di confronto nel team

- Lo “stop CV” su ordine medico, deciso da infermiere o decisione congiunta?
- Quando rimuovere il catetere vescicale?
- E’ necessaria la ginnastica vescicale?
- Profilassi antibiotica, Cateteri impregnati,… riducono il rischiò di infezioni

INDICAZIONI ALLA CATATERIZZAZIONE (CDC, 2009)	SHEA/ IDSA 2014 e update
Ritenzione urinaria acuta o ostruzione delle vie urinarie	
Monitoraggio accurato della diuresi in pazienti critici	Valutazione oraria della diuresi in pazienti in ICU
Nel perioperatorio in pazienti - Ch.urologica o di altre strutture contigue del tratto genito-urinario; - È prevista una durata prolungata dell'intervento (CV rimosso in PACU) - che necessitano, durante l'intervento chirurgico, l'infusione di volumi importanti di liquidi o diuretici; - necessità del monitoraggio della diuresi durante l'intervento	RS: non uso routine per cesareo . (Li et al '11)
Favorire la guarigione di lesioni aperte sacrali o perineali in pazienti incontinenti	(…) per selezionati pazienti incontinenti
Prolungata immobilizzazione [trauma instabile toracico e/o spinale, politraumi fratture pelviche]	
Migliorare il confort in pazienti nel fine vita	Come eccezione su richiesta del paziente per migliorare il comfort (fine vita).

CATETERIZZAZIONE INAPPROPRIATA CDC, 2009 e update

Come sostituzione di assistenza nei pazienti con incontinenza
Per la raccolta di campioni di urina quando il paziente può urinare spontaneamente
Nel postoperatorio senza appropriata indicazione.
Monitoraggio diuresi (non orario) o non reale necessità di monitoraggio orario delle urine
Prevenire rischio ulcere da decubito Demenza, confusione Immobilità non dovuta a trauma

Strategie di prevenzione “core” (CDC 2009, Cat. I B)	SHEA/ IDSA 2014 e update
inserire il catetere solo quando indicato (tabella) e lasciarlo in sede solo per il tempo necessario	
Evitare l’suo agli ospiti (RSA,..) e ai pazienti per la gestione dell’incontinenza	
Usare il catetere nei pazienti operati solo se necessario e non routinariamente	
Per I pazienti nel peri-operatorio che hanno indicazione alla caterizzazione rimuovere il prima possibile nel post-operatorio, preferibilmente entro le 24 ore	
Assicurarsi che il professionista che inserisce il CV sia adeguatamente formato	
Inserire il CV usando una tecnica asettica e materiale sterile (contesti per acuti)	
Mantenere il sistema di drenaggio chiuso	
Mantentenere un flusso delle urine senza ostruzioni o blocchi	
Lavari le mani pre e post manipolazione CV	

Catetere “STOP”

“ ordini di sospensione “→ implicano un’azione

rinnovare o interrompere una “prescrizione” sulla base di un riesame effettuato ad intervalli specifici come ad esempio ogni 24- 48 ore

“diretti” da medici (Cornia et al 2005; Knoll et al 2011)

“diretti” da infermieri

- con successivo ordine di rimozione del CV dal medico
- autorizzati a rimuovere il catetere senza richiedere l’ordine medico sulla base di una lista di indicazioni appropriate

(Topal et al 2005; Schultz et al 2011; Fuchs et al 2011 Gotelli et al 2008; Loeb et al 2008; Wenger 2010;Adams et al. 2012)

Meta Analisi (11 studi)

tasso di CAUTI (eventi/1000 CV) reminder o stop order

Riduzione del **53%** (tasso 0.47; 95% CI 0.30 - 0.64, $p<0.001$)

Durata cateterizzazione (stop order)
SMD (differenza dalla media standardizzata) complessiva **−1.06** ($p=0.065$)

Meddings J, et al. BMJ Qual Saf 2014;23:277–289.

Strategie NON raccomandate per prevenire CAUTI

- Usare sistemi di drenaggio complessi (es con cartuccia a rilascio di antisettico nella porta del drenaggio
- Cambiare drenaggio o sacca di routine ad intervalli fissi (si suggerisce di usare indicazioni cliniche quali ostruzione o compromissione del sistema chiuso di drenaggio)
- Profilassi antibiotica di routine
- Pulire l’area periuretrale con antisettico mentre il catetere è in sede (uso di routine dell’igiene)
- Irrigare la vescica con antimicrobico
- Instillare soluzione antisettica nella sacca di drenaggio
- Screening di routine per batteriuria asintomatica
- Clampare il catetere per trasporto o prima della rimozione

Quali decisioni per la prevenzione e trattamento dell’ulcera da pressione? Quali approcci terapeutici sono suggeriti dalle evidenze?

Prevenzione e trattamento delle UP richiede approccio interprofessionale…..

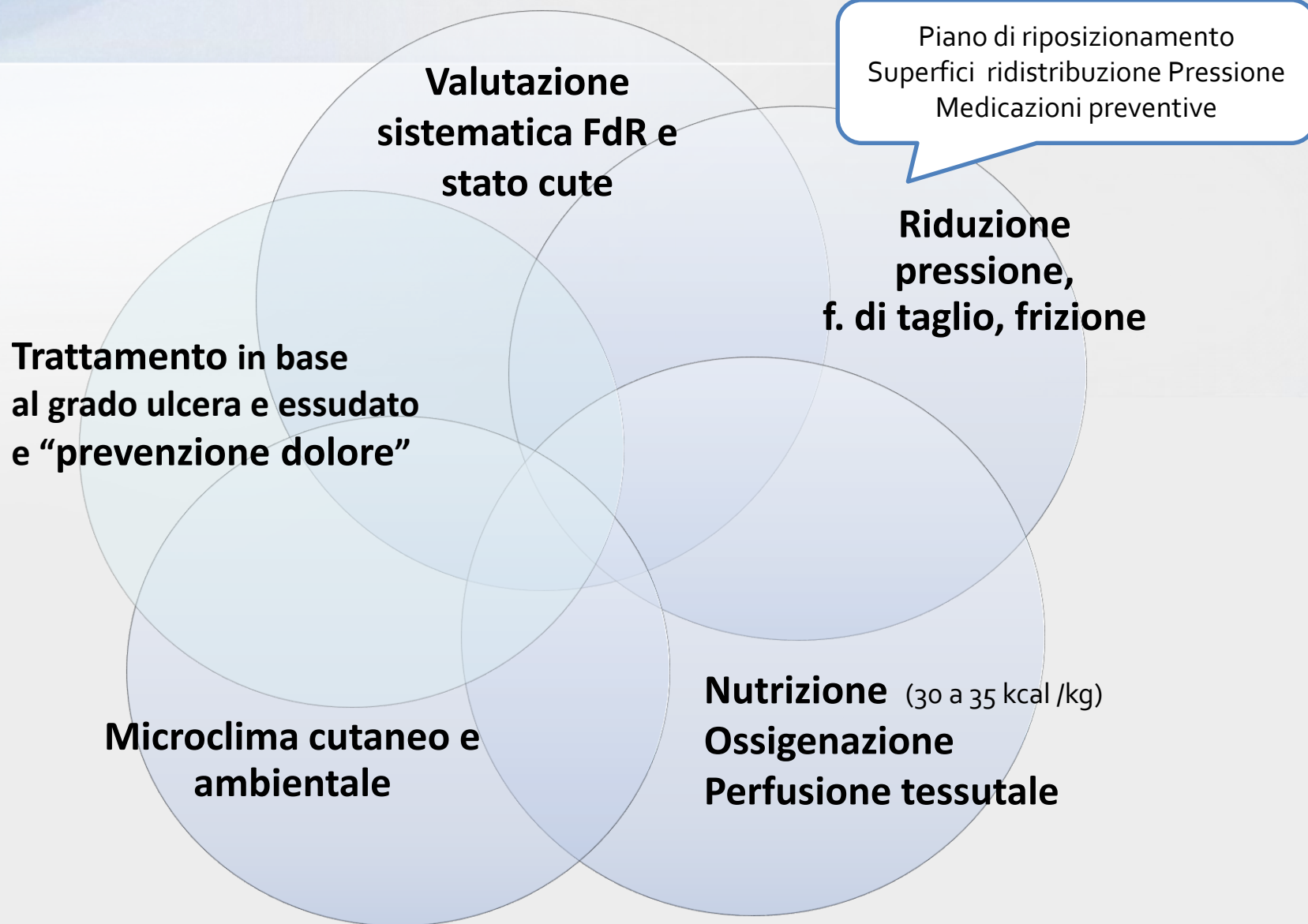
Piano di riposizionamento
Superfici ridistribuzione Pressione
Medicazioni preventive

Valutazione sistematica FdR e stato cute

Riduzione pressione, f. di taglio, frizione

Trattamento in base al grado ulcera e essudato e "prevenzione dolore"

Microclima cutaneo e ambientale

Nutrizione (30 a 35 kcal /kg)
Ossigenazione
Perfusione tessutale

Come si stadiano le ulcere da pressione? (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014)

Stadio I – Eritema persistente non sbiancabile, cute intatta, arrossata (eritema) non sbiancabile (violacea, dolorosa, calda). pelle nera o scura →non visibile lo sbiancamento

Stadio II - Perdita parziale di spessore cutaneo, del derma, ulcera aperta, superficiale, colore rosso, senza fibrina (un livido, senza essudato, escoriazione). Vescica intatta o aperta/rotta contenente siero o liquido siero ematico..

NON è una macerazione, escoriazione, dermatite perineale

Stadio III - Piena perdita di spessore tessutale, danno tessuto sottocutaneo,
il grasso sottocutaneo è visibile **senza coinvolgere il tendine o muscoli e osso** (fibrina, possibile tunnellizzazione o sottominatura)

Stadio IV - Perdita completa dello strato cutaneo, lesione a tutto spessore, vasta distruzione, esposizione dell'osso, tendine o muscolo (essudato, escara, tunnellizzazione o sottominatura) → osteomieliti o osteiti

Non classificata: piena perdita dello spessore cutaneo o tessuto – profondità non conosciuta, la reale profondità dell'ulcera è completamente oscurata da fibrina (giallo, marrone, grigio, verde o bruno scuro) e/o escara (marrone, bruno scuro o nera) nel letto dell'ulcera

Sospetto danno profondo tessutale – profondità non conosciuta, area localizzata color viola o marrone di cute intatta scolorita o vescica contenente sangue. Area calda, indurita o molle, dolente (dall'esterno è percepibile un danno dei tessuti profondi)

Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancante di cute integra

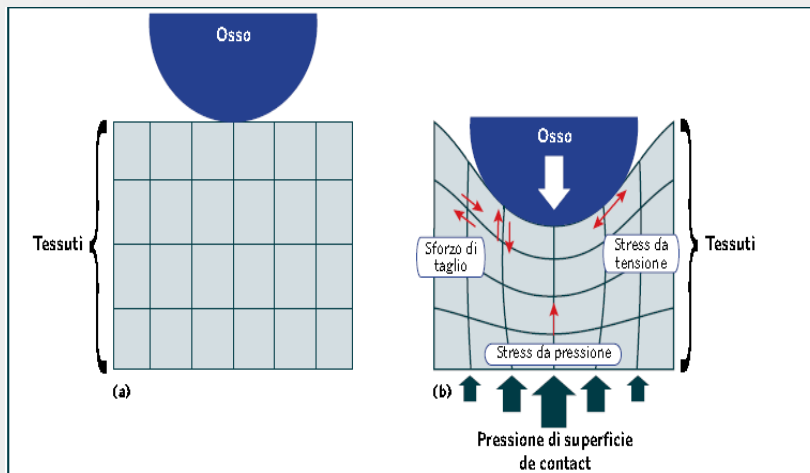
Categoria/Stadio II: Perdita di spessore parziale del derma o vescicola*

Categoria/Stadio III: Perdita di cute a tutto spessore (tessuto adiposo visibile)

Categoria/Stadio IV: Perdita tessutale a tutto spessore (muscolo/osso visibile)

FATTORI PATO MECCANICI o PRIMARI del "DANNO"

PRESSIONE

quantità di forza applicata perpendicolarmente ad una superficie, per unità d'area di applicazione.
Una forza applicata sopra un'area di piccole dimensioni eserciterà una pressione maggiore rispetto alla medesima forza applicata sopra un'area di dimensioni maggiori

TAGLIO/FRIZIONE

sforzo di taglio è il risultato dell'applicazione di una forza parallela (tangenziale) ad una superficie, mentre la base rimane ferma

frizione : forza che si oppone ad un movimento relativo tra due oggetti che si trovano a contatto

Ridurre pressione: Quali presidi prescrivere?

Raccomandazioni "prevenzione"

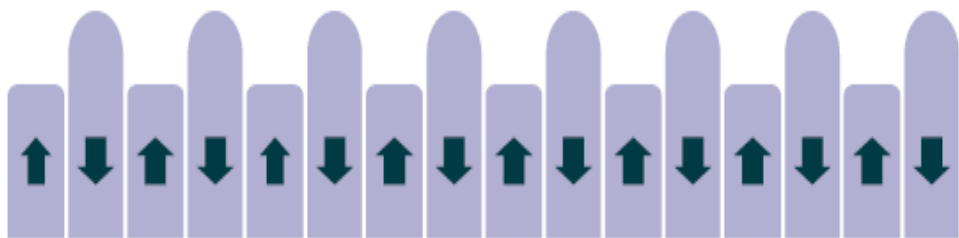
Efficaci

Riposizionamento frequente (30°)
Materasso in schiuma ad alta densità e resilienza (superficie reattiva) almeno 35Kg/m3 superficie di supporto per carrozzina/sistema di seduta
Schiuma poliuretanica su prominenze ossee

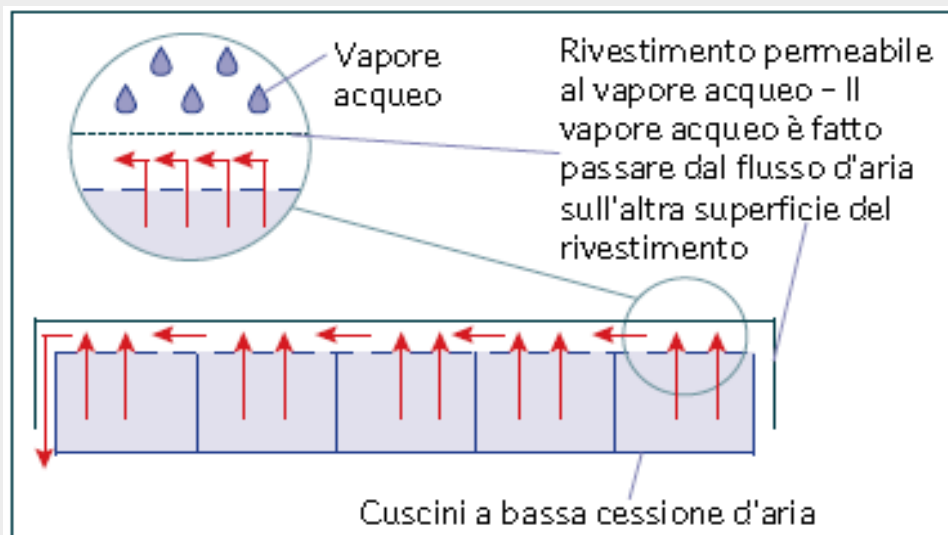
Non efficaci/dannosi

Anelli o dispositivi a forma di **ciambella**
I «dispositivi» per elevare i talloni: **velli di pecora sintetici;** dispositivi a forma di anello o **di ciambella**; **guanti pieni** d'acqua.
Dimetilsolfossido in crema **(DMSO)** per la prevenzione delle ulcere
Massaggio delle aree a rischio e cute arrossatata
materassi o sovramaterassi a pressione **alternata a piccole celle** →diametro inferiore a 10 cm →non riescono a gonfiarsi in maniera sufficiente da garantire un sollievo della pressione in corrispondenza delle celle sgonfie.

velli di pecora naturali possono aiutare a prevenire le ulcere da pressione

SUPERFICIE DI SUPPORTO DINAMICHE – PRESSIONE ALTERNATA

ridistribuiscono la pressione, alternando ciclicamente il gonfiaggio e lo sgonfiaggio degli scomparti della superficie

Azione sul microclima delle superfici

funzione "Cessione d'aria " sia in quelli statici che dinamici

“PRINCIPI” TRATTAMENTO ULCERA

Scegliere una medicazione basata su:

- capacità di mantenere umido il letto della ferita;
- necessità di gestire la carica batterica;
- natura e volume dell’essudato;
- condizioni del tessuto nel letto della ferita;
- condizioni della cute perilesionale;
- dimensioni, profondità e localizzazione dell’ulcera;
- presenza di tunnellizzazioni e/o sottominature;
- obiettivi del soggetto portatore di ulcera

E’ necessario **disinfettare** l’ulcera?

Problema	Gold standard	Non efficaci
1° stadio	Idrocolloide a strato sottile	No massaggio Garze compressive Cerotti medicati Connettivina Paraffina film tasparente come tessuto di interfaccia sopra a ulcere da moderatamente a molto essudanti
2° stadio con poco essudato	Detersione con soluz fisiologica Idrocolloide a strato sottile (ogni 7 gg) + film trasparente Coprire area perilesionale	
2 stadio "vescica"	Idrocolloide strato sottile + film trasparente "evitare di forare"	
2° e 3° stadio con essudato	Schiume in poliuretano (4 – 7 gg) **Alginati:** ulcere da moderatamente a molto essudanti	
3° stadio	**Idrogel** superficiali, minimamente essudanti medicazioni di riempimento sotto all'idrocolloide in ulcere profonde	
4° stadio	Idrogel (basso essudato) Alginati (medio/alto essudato) Fattori di crescita derivati da piastrine → guarigione rallentata	
Post toilette con emorragia	Alginato	
Indefinita necrotica	Debridement : chirurgico, enzimatico, autolitico In base al dura/molle e sede necrosi	

Quando cambiare la medicazione?

Mantenere
la medicazione per **almeno 5/7 giorni**
la stesso “prodotto di medicazione” **per almeno 2 settimane**

(NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014; NICE, 2013)

Nutrizione Enterale e farmaci

Come riconciliare la terapia per rientro a domicilio in una paziente con nutrizione enterale tramite PEG per peggioramento della disfagia?

Come somministrare i farmaci alla persona con nutrizione enterale

- **farmaci non devono essere mai mescolati alla miscela nutrizionale**
- microgranuli possono occludere il SNG
- **consultare farmacista per valutare la possibilità** di formulazioni liquide esempio digoxina
- **Valutare possibilità di sostituzioni/formlazioni alternative** per formulazioni «retard» (es via transdermica, formulazioni liquide..)
- **verificare che il sondino sia in sede**
- **Sospendere la nutrizione** prima e dopo (?) (da 30 min a 2 ore) somministrazione; *alcuni AA suggeriscono di riprendere la nutrizione se in corso, altrimenti tenere chiuso il sondino*
- **lavare il sondino con 10/30 ml di acqua** (5/10 ml nei bambini) **prima e dopo**
- Se si somministrano diversi farmaci lavare il sondino con circa 10-15 ml di H2o tra un farmaco e l'altro
- **conteggiare l'acqua somministrata** nel bilancio giornaliero

Farmaci coinvolti in interazioni con miscele per nutrizione enterale

farmaci	Possibile interazione
fenitoina	riduzione concentrazioni sieriche fenitoina
warfarin	vitamina K presente nelle miscele può antagonizzare effetto warfarin
teofillina	↓ 60% assorbimento- per interazione con proteine e carboidrati
chinolonici (es ciprofloxacina)	Riduzione dell’ assorbimento per formazione complessi chelati insolubili
levodopa	perdita dell’efficacia del farmaco e fluttuazioni della risposta terapeutica per interazione con proteine contenute nella miscele
antiacidi	Gli antiacidi possono anche legarsi col fosfato portando a ipofosfatemia

Cooper, 2008. ;Thomson, 2000; Gregory, 2006

Garantire i farmaci in sicurezza nelle fasi di transizione

Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica

Ricognizione è un processo sistematico condotto dal personale sanitario che consiste nella raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci e altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dal paziente

Riconciliazione è il processo nell'ambito del quale si confrontano i farmaci assunti dal paziente, così come evidenziati nella ricognizione, con quelli indicati per la cura nella particolare circostanza, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura. Prevede che il medico prescrittore, nell'eseguire il confronto, valuti l'opportunità di proseguire il trattamento farmacologico in atto e la sua compatibilità con quello che ritiene indicato nella specifica circostanza.

Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices
http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based reports/services/quality/patientsftyupdate/ptsafetyIIchap25.pdf
http://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_English_GSK_V3.pdf

Raccomandazioni per farmaci LASA

- **disporre separatamente**
- **evidenziarne la somiglianza** (contrassegni ***supplementari, codici colore, "allerte")***
- ***evitare*** **le richieste verbali o telefoniche dei farmaci**. Se ciò fosse necessario, e ***solo in caso di urgenza***, ripetere chiaramente o scandire lettera per lettera, il nome del farmaco o principio attivo e il dosaggio
- **evitare abbreviazioni**
- preferire la **scrittura in stampatello**
- prevedere un **doppio controllo delle preparazioni**
- **fornire ai pazienti informazioni anche per iscritto - in stampatello**, relative ai farmaci in terapia domiciliare

Elenco di farmaci LASA che viene reso disponibile nel sito del **Ministero della salute**
http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=2459&menu=sicurezza

Esempio di interazione tra farmaci e alimenti

Succo di pompelmo

- inibisce gli enzimi deputati al metabolismo ed eliminazione di molti farmaci
- aumento della concentrazione ematica e potenziamento dell'effetto
- durata di questo tipo di inibizione si protrae anche dopo 24 ore dall'assunzione del succo

Farmaci maggiormente coinvolti nell'interazione con succo di pompelmo	
calcioantagonisti	felodipina, nimodipina, diltiazem, nicardipina
immunosoppressosi	ciclospirina
antiallergici	terfenadina
benzodiazepine	midazolam, triazolam, quazepam
statine	simvastatina, lovastatina

Proteine ed antiparkinsoniani

La ***levodopa*** **è un amminoacido neutro**, che per essere assorbito, utilizza un trasporto attivo con consumo d'energia. È facile, quindi, comprendere come tutto quello che può rallentare l'assorbimento intestinale può portare ad una riduzione della quantità di farmaco disponibile per il trasporto a livello cerebrale, riducendone l'effetto

Lo **stomaco non è la sede dell'assorbimento della levodopa** rivestendo, in questo caso, la sola funzione di transito verso **l'intestino tenue dove avviene l'assorbimento**.

somministrare lontano dai pasti (es. ore 7 /14 /21)

attenzione alle proteine del latte (colazione)

distribuire adeguatamente distanti dalla nutrizione enterale

Strategie per favorire l'aderenza alla terapia a domicilio

- **semplificare** il regime terapeutico quotidiano
- **personalizzare la distribuzione** allo stile di vita, adeguare gli orari, i dosaggi e la distribuzione della terapia nella giornata
- suggerire e costruire **schemi terapeutici**
- **rivedere nel tempo le necessità** ed esigenze correlate alle terapie e la tenuta degli schemi terapeutici
- **suggerire strumenti e presidi innovativi** che supportano la gestione delle terapie